



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE
SENZA RIMBORSO SPESE**

Il/La sottoscritto/a *
nato/a a * il *
Codice Fiscale *
residente a * Via *
CAP * con la qualifica di *
matricola * presso *
sede di servizio * recapito telefonico *
e-mail istituzionale *

CHIEDE

di recarsi in missione a *
dal * al * per presunti gg.
per il seguente motivo *
dichiarando di non voler effettuare alcuna richiesta di rimborso spese.

Il Richiedente

Il Direttore del Dipartimento
